

**Residência em medicina de família e comunidade e o acesso à Atenção Primária
em Saúde no Distrito Federal**

Residency in family medicine and community and access to Primary Health Care
in the Federal District

Ananda Cristine Amador de Moura¹

ORCID: [0000-0002-9646-2538](https://orcid.org/0000-0002-9646-2538)

João Gabriel Bueno¹

ORCID: [0009-0002-4309-8856](https://orcid.org/0009-0002-4309-8856)

Bruno Pereira Stelet¹

ORCID: [0000-0002-3274-0084](https://orcid.org/0000-0002-3274-0084)

Erika Fernanda Viana de Moraes¹

ORCID: [0009-0006-8605-2283](https://orcid.org/0009-0006-8605-2283)

¹ Escola de Saúde Pública do Distrito Federal. Brasília, DF, Brasil.

Autor correspondente: Ananda Cristine Amador de Moura - Escola de Saúde Pública do Distrito Federal. SMHN Quadra 3 Conjunto A Bloco 01 Edifício FEPECS, Setor Médico Hospitalar Norte Conjunto A Bloco 01 Edifício Fepecs - Asa Norte, Brasília - DF, 70710-907. Email: anandacristineamador@gmail.com. Contato: (61) 984184359

RESUMO

Objetivo: analisar o impacto do Programa de Incentivo à Residência em Medicina de Família e Comunidade no acesso da população aos atendimentos médicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade (MFC). **Método:** estudo quantitativo transversal com dados primários do Info-Saúde do DF sobre o número de atendimentos médicos realizados nas UBS com residência em MFC da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal entre 2019 e 2023. **Resultados:** identificadas 20 UBS com o Programa de Residência em MFC da ESP-DF, houve aumento de atendimentos médicos em 85% das unidades em cada um dos últimos dois anos, período que coincide com o programa de incentivo. Entre 2022 e 2023, o aumento geral de atendimentos médicos nas UBS analisadas foi de 20,68%. **Conclusão:** a residência médica pode colaborar para o aumento de atendimentos médicos, principalmente em regiões de maior carência de profissionais.

Palavras-chave: Residência Médica; Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT

Objective: to analyze the impact of the Family and Community Medicine Residency Incentive Program on the population's access to medical care in Basic Health Units (UBS) with Family and Community Medicine (FCM) resident physicians. **Method:** cross-sectional quantitative study with primary data from Info-Saúde of Federal District on the number of medical appointments performed in UBS with FCM residency of the Escola de Saúde Pública do Distrito Federal between 2019 and 2023. **Results:** 20 UBS with the ESP-DF FCM Residency Program were identified, and there was an increase in medical appointments in 85% of the units in each of the last two years, a period that coincides with the incentive program. Between 2022 and 2023, the overall increase in medical appointments in the UBS analyzed was 20.68%. **Conclusion:** medical residency can contribute to the increase in medical appointments, especially in regions with a greater shortage of professionals.

Keywords: Medical Residency; Primary Health Care; Family Practice.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), estabelecido pelas Leis Orgânicas nº 8080 e 8142, ambas de 1990, tem sido constituído e organizado com base na Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS)¹⁻². A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, mesmo com apontamentos de retrocessos em uma perspectiva neoliberal, reitera a característica de a APS ser a porta referencial de entrada e centro integrador e de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como de atuar como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços em saúde³⁻⁴. Esse cuidado ofertado na APS é proposto pela PNAB para ser desempenhado a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁵.

A construção do SUS a partir da APS baseia-se em evidências que apontam que uma APS bem estruturada, robusta e coordenadora da rede de atenção, e que permite acesso a um cuidado longitudinal, integral e coordenado, é mais eficiente e oferece melhores resultados de saúde, aumento da satisfação dos usuários e redução de custos⁶. A PNAB de 2017 traz em seu texto a carta de serviços a ser ofertada pela APS. De acordo com o documento, a APS é responsável por:

“[...] ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.” (PNAB, 2017)

Na perspectiva de transformar o modelo tecnoassistencial no Distrito Federal (DF), em 2017 foram publicadas duas portarias pelo Governo Distrital: a Portaria nº 77 instituiu a Política de Atenção Primária à Saúde do DF e a Portaria nº 78 regulamentou o processo de conversão da APS do DF ao modelo da Estratégia Saúde da Família⁷⁻⁸. Esse projeto de transição do modelo de organização da APS, estruturando-a a partir da ESF de maneira integral em todo o DF, surgiu com base em evidências que demonstram uma maior eficácia em relação ao modelo tradicional, marcado pela baixa cobertura e pelo cuidado fragmentado, opostos ao princípio da integralidade⁹.

Nesse contexto, este estudo objetivou analisar o impacto do Programa de Incentivo à Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PIRMFC) implementado no DF no acesso da população aos atendimentos médicos na APS nas UBS com médicos residentes de MFC da ESP-DF.

Histórico

Anteriormente a essas Portarias já havia incentivos à ESF no DF com gratificações, como as estabelecidas pela Lei Distrital nº2339 de 1999¹⁰, para os profissionais que atuassem em unidades que adotassem esse modelo. No entanto, somente o incentivo financeiro não gerou impactos significativos na mudança assistencial⁹. Durante a transição para a ESF no DF, observou-se a existência de um número adequado de profissionais atuantes na APS, porém eles não possuíam formação adequada para atuarem no novo modelo. Para resolver o problema, a Portaria nº78 de 2017 definiu um processo de capacitação simplificado de profissionais atuantes na APS para que pudessem atuar nos moldes da ESF. Nesse contexto, médicos pediatras, ginecologistas e clínicos gerais, a partir de atividades teóricas e práticas, obtiveram a licença para atuarem como médicos da ESF. Além disso, houve um concurso público específico para Médicos de Família e Comunidade (MFCs) para complementar o quadro de profissionais na APS reformulada. Tais medidas foram eficazes no aspecto quantitativo, expandindo a cobertura da APS do DF de 28,17% para 69,1%. Entretanto, a fixação de médicos ainda é um desafio e contribui para oscilações na cobertura na APS⁹.

Apesar da expansão da APS no DF, ainda coexistem diferentes modelos tecnoassistenciais em saúde. Após o projeto de expansão da APS, os governos seguintes voltaram com tendências conservadoras e precarizantes do sistema de saúde local, baseadas em medidas neoliberais, como a terceirização da saúde para Organizações Civis de Saúde (OCS) na atenção secundária e terciária, reduzindo a transparência nos processos e, muitas vezes, dificultando o acesso à saúde¹¹. Isso mostra que a saúde é um espaço de disputa de orçamento, ideologias e poder; especialmente entre os governos locais e o federal. Em meio a essa arena, garantir o acesso à saúde, um dos principais pilares da APS, é desafiador¹²⁻¹³.

Contribui para este desafio a escassez de profissionais especializados na APS e, dentre estes, a falta de médicos especialistas em MFC ainda é uma realidade. Isso ocorre pela recorrente desvalorização tanto da APS quanto dos profissionais que nela atuam visto que, nos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento, a ideia de cuidado ainda é muito atrelada ao ambiente hospitalar, mesmo com toda a produção científica que reforça como a APS bem estruturada e como o atendimento realizado por profissionais especialistas generalistas contribuem para um acompanhamento mais efetivo e, conseqüentemente, com melhores resultados⁶.

Portanto, para que se tenha uma APS forte, é necessária a formação de médicos, bem como outros profissionais de saúde, especialistas em cuidados primários, capacitados para identificar e atender às demandas de saúde da comunidade em que estão inseridos. Ademais, é preciso que estes profissionais sejam valorizados, visando o fortalecimento da APS^{6,14}.

Uma das principais medidas que têm influenciado na ampliação da formação de MFCs no Brasil é a implementação de Programas de Incentivo à Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PIRMFC), geralmente vinculados a gestões municipais de saúde¹⁰. Estes PIRMFC ofertam grande número de vagas anuais, complementações nos valores das bolsas dos médicos residentes e alcançam boas taxas de ocupação de suas vagas de residência médica e dessa forma contribuem, como efeito, para a provisão de profissionais médicos qualificados para a APS. Existem iniciativas similares no Rio de Janeiro, Curitiba, Florianópolis, São Bernardo do Campo, Palmas, Recife e João Pessoa¹⁵⁻¹⁶. O Quadro 1 apresenta os maiores programas de Medicina de Família e Comunidade do Brasil, segundo o número de vagas, para o ano de 2024.

Quadro 1 - Os cinco maiores programas pelo número de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil, em 2024. Fonte: Painel da Educação em Saúde, Residência Médica, 2024.

Unidade da Federação	Programa de residência (instituição)	Número de vagas autorizadas (total para os 2 anos de residência)	Número de vagas ocupadas (total para os 2 anos de residência)
RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	300	228
SC	Escola de Saúde Pública - Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina	128	66
RJ	Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ)	116	96
DF	Escola de Saúde Pública (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal)	100	92
MS	Secretaria Municipal de Campo Grande	80	75

No DF, desde 2021, houve a ampliação do número de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade, coincidindo com um PIRMFC em vigor no âmbito

da Secretaria de Saúde do DF, vinculado à Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESP-DF), à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e à Universidade de Brasília (UnB). Neste programa é oferecida bolsa complementar atrelada à vinculação do médico residente de MFC a uma equipe da ESF, sendo a supervisão realizada por preceptores lotados nas mesmas UBS. O programa foi estabelecido por meio da Portaria nº 928 de 17 de setembro de 2021¹⁷, sendo uma política incipiente e sem estudos mostrando o impacto de tal iniciativa no DF. Atualmente, um dos possíveis impactos do programa de incentivo é facilitar o acesso da população aos atendimentos médicos na APS, visto que muitas equipes da ESF no DF que foram atreladas ao PIRMFC estavam anteriormente inconsistentes como ESF por falta de profissionais médicos.

MÉTODOS

No Distrito Federal (DF) há três programas de residência em Medicina de Família e Comunidade, de acordo com o que é divulgado no Painel da Educação em Saúde, do Ministério da Educação, disponibilizado em <http://sisenrm.mec.gov.br/> na aba Painel da Educação em Saúde. Destes três programas, entre 2023 e 2024, o desenvolvido pela ESP-DF tem sido o de maior oferta, atualmente com 100 vagas, estando todas preenchidas. O programa da UnB apresenta 24 vagas, com 22 preenchidas, e o programa da Fiocruz disponibiliza 20 vagas, com apenas 10 ocupadas. Desta forma, optou-se por usar o programa da ESP-DF isoladamente como parâmetro para esta análise, visto ser o maior programa de residência em MFC em vigência no DF.

Para alcançar os objetivos, optou-se por um estudo quantitativo transversal em que foram coletados dados primários do sistema Info-Saúde, portal de transparência da saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, na aba Sala de Situação, através do endereço eletrônico <https://info.saude.df.gov.br/>, e dados do programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESP-DF), disponibilizados no site <https://residenciamedica.fepecs.edu.br/coremes/>, na aba COREMEs. Ambos os sites foram consultados durante janeiro e março de 2024.

Foram coletados no site Info-Saúde os números de atendimentos médicos e de atendimentos totais realizados nos anos 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023 nas UBS, nas quais foram lotados residentes de Medicina de Família e Comunidade da ESP-DF. Os dados referentes ao programa de residência da ESP-DF foram coletados a partir do

portal de residência médica acima citado. Os dados coletados foram tabulados e analisados no editor de planilhas Excel[®].

Nas unidades analisadas, em 2022, os residentes passaram a desenvolver as atribuições de médicos de referência nas equipes de ESF. Foram incluídas todas as UBS da ESP-DF.

RESULTADOS

As UBS são numeradas no DF de acordo com sua criação na respectiva região administrativa, e o território é organizado no Distrito Federal a partir de sete regiões de saúde¹⁸. Foram identificadas 20 UBS como cenário de prática do PRMFC da ESP-DF em 2024, com médicos residentes que aderiram ao PIRMFC. Dentre elas, 30% são UBS em que todas as equipes são formadas apenas por médicos residentes, sendo estas as UBS 4, 5 e 7 de Samambaia, a UBS 17 da Ceilândia, a UBS 3 de Sobradinho e a UBS 20 de Planaltina; enquanto as outras 70% possuem equipes com e sem médicos residentes.

A Figura 1 indica a localização das UBS do programa da ESP-DF e sua distribuição por regiões de saúde. Verifica-se que há apenas uma destas UBS localizada em região central do DF, todas as demais se encontram em regiões periféricas.

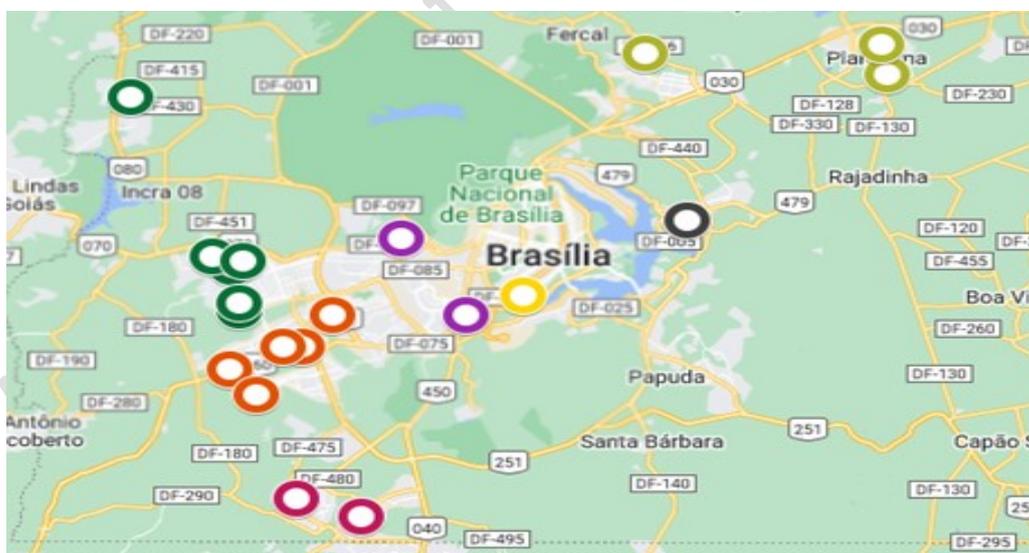


Figura 1 - Unidades Básicas de Saúde com residência médica em Medicina de Família e Comunidade da ESP-DF em 2023, Distrito Federal, Brasil. Fonte: criado pelos autores a partir da ferramenta do Google Maps[®], 2024.

Legenda: na cor verde claro, UBS da região norte; na cor preta, UBS região leste; na cor amarela, UBS região central; na cor roxa, UBS região centro-sul; na cor verde escuro, UBS região oeste; na cor laranja, UBS região sudoeste e na cor rosa, UBS região sul.

A Tabela 1 mostra o quantitativo de atendimentos médicos realizados entre 2019 e 2023 nas UBS em que havia médicos residentes lotados em 2023. Nem todas estas unidades possuíam médicos residentes em todos os anos analisados, visto que o número de vagas em MFC aumentou substancialmente nos últimos três anos e novos cenários de práticas foram necessários. O programa de residência da ESP-DF, em 2020, ainda quando fazia parte da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), ofereceu no edital de entrada 26 vagas, ao passo que o mesmo programa, no edital de 2023, ofereceu 47 vagas de entrada, um aumento de 80,7% em três anos no número de vagas ofertadas pelo programa¹⁹⁻²⁰.

Tabela 1 – Série histórica do total de atendimentos médicos realizados nas Unidades Básicas de Saúde com residência em Medicina de Família e Comunidade da ESP-DF entre 2019 e 2023. Brasília-DF, Brasil.

UBS com residência	Atendimentos Médicos 2019	Atendimentos médicos 2020	Atendimentos médicos 2021	Atendimentos Médicos 2022	Atendimentos Médicos 2023
Região Central					
UBS 1 Asa Sul	13.781	11.823	17.226	19.023	22.569
Região Centro-Sul					
UBS 1 Candangolândia	13.461	12.918	14.167	18.662	18.893
UBS 1 Estrutural	17.347	15.440	14.002	16.476	20.314
Total região centro-sul					
Região Sudoeste					
UBS 4 Samambaia*	13.817	9.253	11.160	15.474	16.588
UBS 5 Samambaia*	11.354	7.609	5.795	6.591	10.792
UBS 7 Samambaia*	13.104	9.575	12.693	15.646	14.425
UBS 4 Recanto das Emas	12.099	5.483	7.305	10.706	11.941
UBS 5 Taguatinga	10.586	15.759	13.854	14.687	15.940
Total região sudoeste					
Região Oeste					
UBS 2 Ceilândia	8.999	12.683	13.392	15.142	14.945
UBS 5 Ceilândia	8.024	12.505	14.094	9.614	16.907
UBS 6 Ceilândia	14.191	12.532	17.599	12.584	12.173
UBS 11 Ceilândia	12.914	10.748	8.132	9.845	15.840
UBS 17 Ceilândia*	12.764	10.465	11.757	14.852	13.142
UBS 2 de Brazlândia	3.560	7.604	6.845	10.376	12.924
Total região oeste					
Região Leste					
UBS 3 Paranoá	12.243	10.153	10.415	17.193	18.905
Região Norte					
UBS 5 Planaltina	22.840	19.726	20.268	21.448	30.702
UBS 20 Planaltina*	6.958	8.300	8.292	8.495	11.993
UBS 3 Sobradinho*	14.582	11.164	12.705	15.883	17.503
Total região norte					

	Região Sul				
UBS 1 Santa Maria	24.196	24.858	20.841	18.162	24.626
UBS 6 Gama	8.160	10.202	11.838	7.332	14.508
Total região sul					
	Total				
Todas as regiões	254.980	238.800	252.380	278.191	335.630

*UBS em que todos as equipes são formadas com médicos residentes.

O gráfico apresentado na Figura 2 aponta que houve crescimento do número de atendimentos médicos nos últimos dois anos em 85% das atuais UBS com residência médica em MFC da ESP-DF, período que coincide com a instituição do PIRMFC. Entre 2022 e 2023 o aumento geral de atendimentos médicos nas UBS analisadas, levando em consideração todas as regiões, foi de 20,68%.

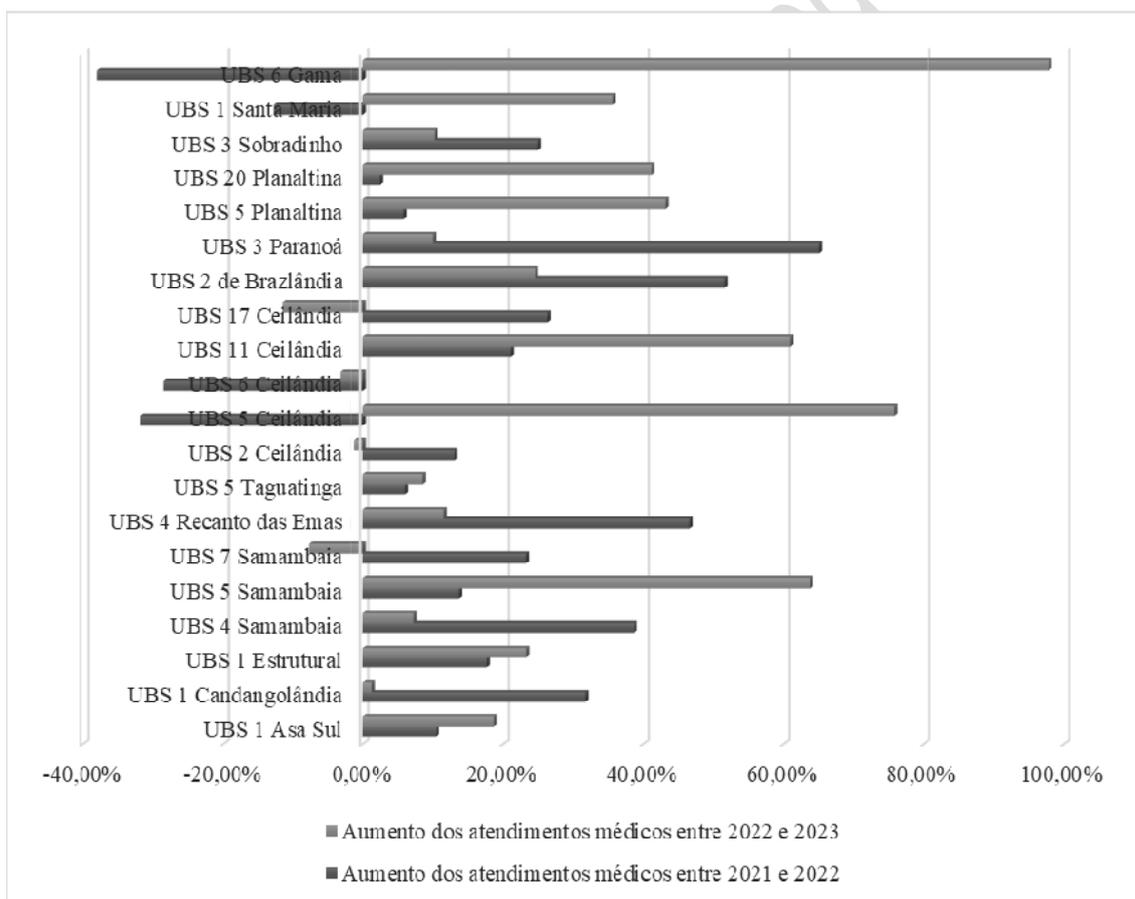


Figura 2 - Evolução do número de atendimentos médicos nas Unidades Básicas de Saúde com residência em Medicina de Família e Comunidade da ESP-DF entre 2021 e 2023, Distrito Federal, Brasil.

DISCUSSÃO

Os dados encontrados apontam um aumento de atendimentos médicos na APS nas unidades analisadas do DF nos últimos dois anos, período que coincide com a implementação plena do PIRMFC. Como citado anteriormente, o programa foi instituído no final de 2021 e entrou em vigor plenamente a partir de 2022.

Existem ressalvas e especificidades em relação a cada UBS, visto que nem todas tinham residentes lotados nos últimos cinco anos, decorrente do fato de os cenários que acolhem residentes serem dinâmicos e mudarem suas configurações, principalmente após a instituição das equipes com médicos residentes. Com o aumento do número de vagas na residência, novos cenários foram incluídos. As equipes com médicos residentes, à priori, devem estar completas, ou seja, com pelo menos, além do médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde (ACS)¹⁷. Nos últimos dois anos, as 20 unidades citadas permaneceram as mesmas, mostrando que o PIRMFC também favoreceu a estabilidade da residência e das equipes.

Nessa perspectiva, a falta de recursos humanos, sobretudo médicos nas equipes, é uma barreira grande e se torna ainda maior quando se trata da distribuição destes profissionais, particularmente em áreas rurais ou menos favorecidas, como as distantes dos grandes centros. Fixar médicos nestas regiões tem sido um desafio ao longo de várias décadas, não apenas no Brasil, mas em vários países, como Canadá, Inglaterra e Austrália²¹⁻²².

No Brasil, desde a década de 1990, surgiram programas que visavam à fixação de médicos e de outros profissionais de saúde em regiões de maior vulnerabilidade social. No entanto, foi a partir de 2011 que programas mais robustos de provimento foram lançados. A partir deste período, surgiram o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB), a primeira versão dos Mais Médicos, o Médicos pelo Brasil e uma nova edição dos Mais Médicos. Todos estes programas usam de artifícios como bolsas, auxílios, educação continuada e bonificação em provas de residência para tentar prover médicos nas regiões mais necessitadas destes profissionais²¹⁻²². Entretanto, a despeito destas medidas, o estudo de demografia médica de 2023 ainda indica uma concentração de médicos em grandes centros urbanos e mesmo dentro destes permanece a falta de médicos em áreas mais desfavorecidas²³.

No DF, que tem 6,3 médicos por 1.000 habitantes, a maior taxa do país, há maior concentração destes profissionais nas regiões centrais e déficits nas regiões periféricas²³. No DF também foram instituídos programas de provisão anteriores à

residência, como os já citados Programa Mais Médicos e Programa Médicos pelo Brasil, porém não foram encontrados estudos acerca da aplicação destes no contexto do DF, apesar de já estarem implementados há cerca de uma década.

Tendo em vista a dificuldade de prover médicos para as áreas mais vulneráveis e com maior déficit destes profissionais no DF, o PIRMFC contribui para esta fixação e para o aumento do acesso aos atendimentos médicos, visto que a distribuição das unidades com residência médica se encontra em todas as regiões de saúde, com maior predomínio nas áreas periféricas com maior densidade populacional, como mostrado na Figura 1. As regiões de saúde oeste e sudoeste do DF são as que possuem a maior população¹⁸ e foram contempladas com o maior número de unidades com residência médica em 2022 e 2023. Das cinco unidades com residência médica que mais apresentaram crescimento no número de atendimentos médicos, três se encontram nessas duas regiões, sendo elas a UBS 5 da Ceilândia, com 75,86% de crescimento, a segunda unidade com maior crescimento; seguida pela UBS 5 de Samambaia e pela UBS 11 da Ceilândia, com respectivamente 63,74% e 60,89% de crescimento nos atendimentos médicos.

Observa-se crescimento de grande monta após o início da residência médica nas referidas unidades, como pode ser observado a partir do aumento do número de atendimentos em 2023 em 85% das UBS, apontado no gráfico da Figura 2. A UBS 6 do Gama apresentou 97,87% de crescimento nos atendimentos médicos em 2023, sendo a unidade com maior crescimento neste período dentre as UBS analisadas. Um ponto relevante a ser considerado na análise dos dados coletados é o fato de que existem unidades que apenas receberam médicos residentes a partir de 2023, como a UBS 5 de Samambaia e UBS 6 do Gama. Portanto, os dados coletados referente aos anos anteriores a 2023 não têm relação com a residência médica nestas duas unidades.

Nesse sentido, a residência médica parece ser capaz de funcionar como um programa de provimento de grande relevância, visto que consegue fixar médicos, mantendo as equipes constituídas como ESF, ainda que com rotatividade a cada dois anos, período de duração do programa de residência. Além disso, os médicos neste modo de provimento possuem uma carga teórica extensa e supervisão direta de médicos preceptores já especialistas em Medicina e Família e Comunidade, como previsto pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)²⁴.

Há outras variáveis que impactam nesta análise e que fugiram ao escopo deste estudo, mas que podem ter influenciado em maior ou menor intensidade. Um fator de

maior impacto na análise dos últimos cinco anos foi a pandemia de COVID-19 em 2020, com queda abrupta nos atendimentos, pois as unidades ficaram responsáveis, essencialmente, pelo atendimento de sintomáticos respiratórios, e esse impacto deve ser considerado ainda durante o ano 2021. Outro aspecto a ser ressaltado é que há variações no provimento de médicos que advém dos outros programas, como o Mais Médicos e o Médicos pelo Brasil, análise que também fugiu ao escopo deste estudo. No entanto, ressalta-se que o número de atendimentos anteriores a 2022 também sofreu menor influência da residência, já que neste período o número de unidades básicas com residência era de 14 e não havia o programa de provimento em debate.

Nesse contexto, a UBS 5 de Samambaia, por exemplo, apresentou em 2019 um total de atendimentos médicos de 11.354, número superior ao de atendimentos em 2023, quando se iniciou a residência na unidade. Nos três anos posteriores a 2019, contudo, houve uma queda, retornando a um número próximo ao de 2019 apenas em 2023, já com a residência médica na unidade. Isso pode estar relacionado a diversos fatores aqui já citados, como a queda de atendimentos em decorrência da pandemia de COVID-19, o que explicaria a queda em 2020, e pode estar relacionado à inconsistência das equipes com a ausência de profissionais médicos.

Destaca-se que o acesso ao atendimento médico é apenas um componente do acesso à saúde, este que é bem mais vasto e diz respeito ao acesso do usuário a toda rede de atenção à saúde e, principalmente, aos serviços dos quais necessita para um cuidado amplo e integral²⁵. Portanto, prover médicos não significa ter necessariamente acesso ao cuidado integral, nem garante que a população tenha suas necessidades de saúde atendidas. Ainda assim, é de se valorizar que ter acesso ao atendimento médico, bem como a toda a equipe multidisciplinar, favorece o cuidado em sua integralidade, pois equipes de saúde com todos os integrantes conseguem ofertar melhor o cuidado necessário, com maior satisfação do usuário, visto que a falta de médico em alguns serviços é uma queixa constante em ouvidorias²⁶.

Outro ponto a ser ressaltado é que apenas a presença do profissional médico e o volume de atendimentos também não indica a necessariamente qualidade de serviço prestado. O acesso qualificado consiste em permitir que o usuário seja de fato inserido na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e tenha suas necessidades de saúde resolvidas por meio de acolhimento, atendimento da demanda espontânea, horários flexíveis, infraestrutura e referenciamento para outros pontos da RAS²⁷⁻²⁸.

Nesse sentido, é importante a presença dos profissionais especializados para atendimento em APS, como os médicos de família e comunidade e os enfermeiros de saúde da família, ambos especialistas formados para atuar na lógica do cuidado integral e multidisciplinar, atuando em conjunto entre si e com outros profissionais, permitindo maior exercício de integralidade e longitudinalidade, que são princípios da APS²⁹. É relevante também pensar na valorização destes profissionais, após a formação, para que continuem atuando na APS.

No Brasil, apesar do crescimento da Medicina de Família e Comunidade (MFC) e do aumento do número de vagas em programas de residência desta especialidade, o número de vagas para especialização através de residência médica ainda é pequeno em relação ao total de vagas ofertadas para as demais especialidades, e sua ocupação foi de cerca de 30% nos últimos anos²⁸.

O número de especialistas em MFC no país ainda é insuficiente para suprir a necessidade da APS no SUS. O atual quantitativo de MFCs formados anualmente, apesar do expressivo crescimento na última década em decorrência das políticas indutoras vinculadas aos programas de residência médica, ainda não traz a resolução do problema, principalmente devido a pouca valorização destes profissionais, muito em decorrência da disputa de mercado com médicos generalistas, que atuam por outros programas de provimento^{6,21}.

A não exigência de titulação para os profissionais que atuam na APS acaba por alimentar um ciclo que se perpetua e gera a dúvida: não são contratados especialistas porque há baixa disponibilidade destes ou há poucos especialistas em MFC porque a especialidade nem sempre é necessária para a contratação? Essa pergunta fomenta a discussão de qual seria o melhor tipo de programa de provimento de médicos e sobre o papel da residência médica no fortalecimento da APS.

CONCLUSÃO

O PIRMFC do DF é um programa recentemente implementado e ainda com poucos estudos acerca de seus efeitos no desenvolvimento do modelo tecnoassistencial pautado na ESF. Nesse contexto, esta pesquisa produziu uma análise inicial para a reflexão sobre o programa e para impulsionar aprimoramentos que contribuam para o fortalecimento e ampliação tanto da APS no DF, quanto da residência médica em MFC.

O estudo possui limitações diversas, como possíveis confundidores na análise devido ao grande número de variáveis envolvidas, que podem influenciar o número de atendimentos avaliados. Também não foi possível fazer uma análise parametrizada pelo número populacional adscrito em cada UBS, visto que esta informação não é disponibilizada no painel consultado.

Não obstante, esta análise inicial permitiu identificar que o PIRMFC pode ter sido um dos fatores que contribuiu para o aumento de consultas médicas nas unidades analisadas, além de ter aumentado o número de vagas ofertadas para a residência médica em MFC. Com isso, pode-se também refletir sobre a necessidade do fortalecimento da Residência Médica em MFC no formato semelhante ao que se tem se desenvolvido no DF, pois parece produzir efeitos como programa de provimento para regiões de maior necessidade de profissionais médicos, e como programa de formação desses profissionais qualificados para a atuação na APS, na medida em que estes terminam a residência com conhecimentos, habilidades e atitudes previstos para um Médico de Família e Comunidade, de acordo com o estabelecido pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Desta forma, o fortalecimento da residência neste contexto é fundamental para prover médicos para a região, ao mesmo tempo em que se disponibilizam profissionais qualificados para efetivarem a mudança para um modelo tecnoassistencial pautado pela integralidade em saúde.

Por fim, é importante ressaltar que o estudo se ateve a apenas um aspecto relacionado ao acesso, qual seja o número de atendimentos, tomado como uma espécie de indicador quantitativo. Portanto, estudos futuros que pormenorizem melhor este efeito e analisem outros aspectos de caráter mais qualitativo poderão auxiliar na compreensão de efeitos dos PIRMFC em diferentes contextos do país.

Para isso, marca-se a necessidade de aprimorar o PIRMFC, inclusive no âmbito legal, por exemplo, com sua estruturação em Lei, visando dar maior estabilidade ao programa e permitindo, maior investimento e aperfeiçoamento deste.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei Nº 8.080, De 19 De Setembro De 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
2. Brasil. Lei Nº 8.142, De 28 De Dezembro De 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
3. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2018Jan;42(116):11–24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>
4. Melo EA, Mendonça MHM de, Oliveira JR de, Andrade GCL de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate* [Internet]. 2018Sep;42(spe1):38–51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Básica, 2017. Brasília: MS; 2017
6. Izecksohn MMV, Teixeira JE, Stelet BP, Jantsch AG. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2017Mar;22(3):737–46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.332372016>
7. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Portaria 77, de 14 de fevereiro de 2017. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2017; 14 fev. 33.
8. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Portaria 78, de 14 de fevereiro de 2017. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2017; 14 fev.

9. Corrêa DSRC et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2019Jun;24(6):2031–41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08802019>
10. Distrito Federal. Lei Distrital 2.339, de 12 de abril de 1999. *Diário Oficial do Distrito Federal*, 1999; 12 abr.
11. Melo EA. Práticas de governo na gestão do SUS; poderes, dilemas e pragmatismos. Porto Alegre; Editora Rede Unida; 2017:312. 244 p. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/praticas-de-governo-na-gestao-do-sus-poderes-dilemas-e-pragmatismos/>
12. Coelho Neto G C, Antunes V H, Oliveira A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(1):e00170917 <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170917>
13. Augusto DK, David L, Oliveira DOPS, Trindade TG, Lermen Junior N, Poli Neto P. Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2018; 13(40):1-4 [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1695](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1695)
14. Kidd M. *The Contribution of Family Medicine to Improving Health Systems: A Guidebook from the World Organization of Family Doctors* Boca Raton: CRC Press; 2013.
15. Simas KBF, Gomes AP, Simões PP, Augusto DK, Siqueira-Batista R. A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: Breve recorte histórico. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2018; 13(40):1-13. [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1687](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1687)
16. Storti MMT, Oliveira FP, Xavier AL, Storti MMT, Oliveira FP, Xavier AL. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(Supl. 1):1301-1314.

17. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Portaria 928, de 17 de setembro de 2021. Diário Oficial do Distrito Federal 2021; DODF nº 178, de 21 de setembro de 2021, página 10.
18. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2021. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2021. 205 p.
19. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Edital Normativo Nº 1 – RM/SES-DF/2020, de 3 de Outubro de 2019. Disponível em: <https://cdn.medblog.estrategiaeducacional.com.br/wp-content/uploads/2021/02/Edital-2020-SES-DF.pdf>
20. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Edital Normativo Nº 1 – RM/SES-DF/2024, de 30 de outubro de 2023. Disponível em: <https://www.iades.com.br/inscricao/upload/1335/2023103181933378.pdf>
21. Carvalho MS de, Sousa MF de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2013Oct;17(47):913–26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0403>
22. Carvalho VK da S, Marques CP, Silva EN da. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2016Sep;21(9):2773–84. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17362016>
23. Scheffer M, Guilloux AGA, Miotto BA, Almeida CJ; pesquisadores colaboradores: Guerra A, Cassenote A *et al.* *Médica no Brasil: 2023*. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8.
24. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Requisitos Mínimos Dos Programas De Residência Médica Em Medicina De Família E Comunidade – R1 E R2. Brasília: 2014.

25. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.
26. Souza ECF de, Vilar RLA de, Rocha N de SPD, Uchoa A da C, Rocha P de M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008;24:s100–10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>
27. Nied MM, Bulgarelli PT, Rech RS, Bruno C da S, Santos CM, Bulgarelli AF. Elementos da Atenção Primária para compreender o acesso aos serviços do SUS diante do autorrelato do usuário. *Cad saúdecolet* [Internet]. 2020Jul;28(3):362–72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028030434>
28. Leite APT, Correia IB, Chueiri PS, Sarti TD, Jantsch AG, Waquil AP, et al. Residência em Medicina de Família e Comunidade para a formação de recursos humanos: o que pensam gestores municipais? *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021Jun;26 (Ciênc. saúde coletiva, 2021 26(6)):2119–30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.47052020>
29. Coelho Neto GC, Antunes VH, Oliveira A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019;35(1):e00170917. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170917>